

# Arbetsätt för styrande dokument inom Handkirurgi

Lokal rutin för hantering av styrdokument inom Verksamhet Handkirurgi

## Bakgrund och syfte

Rutinen syftar bidra till enhetliga arbetsätt i SOFIA STY inom Verksamhet Handkirurgi. Detta dokument innehåller enbart lokala tillägg till användarstödet. Därför behöver man ha det som utgångspunkt i arbetet [Användarstöd – systemstöd för styrande dokument i SOFIA](#).

## Innehållsförteckning

Bakgrund och syfte .....	1
Sammanfattning över processflöde .....	2
Definitioner .....	2
Styrande och stödjande dokument .....	2
Giltighets- och tillgänglighetstid.....	3
Lokala roller – vem gör vad?.....	3
Åtkomst till rutiner .....	4
Hantering av styrande dokument (rutiner).....	4
Arbetsflöde: nya rutiner .....	5
Revidering .....	6
Arbetsflöde: revidera rutiner .....	6
Rekommendationer vid informationsspridning.....	7
Relaterade dokument.....	7

## Sammanfattning över processflöde

Styrande dokument (som till exempel riktlinjer och rutiner) skapas i SOFIA STY utifrån specifika dokumentmallar.

Innan arbetet påbörjas ska det först kontrolleras (helst av någon ansvarig chef) att rutinen verkligen behövs samt att den ska vara verksamhetsövergripande.

En person (dokumentadministratör) skapar och redigerar dokumentet i SOFIA STY. Denna person, eller någon annan utsedd person, behöver också vara ansvarig för dokumentinnehåll samt för att dokumentet revideras framöver.

Dokumentet ska sedan granskas av minst en annan person, och någon behöver kontrollera att dokumentets metadata är korrekt.

Sista steg är att dokumentet skickas till verksamhetschef för godkännande samt publicering till mellanarkivet.

### Bra att tänka på:

- Vilket behov/syfte ska styrdokumentet uppfylla?
- Är ett nytt styrdokument bästa lösningen?
- Skulle fråga kunna lyftas in i något befintligt styrdokument?
- Finns det redan motsvarande information i ett regionalt eller sjukhusövergripande dokument?
- Hur och när ska styrdokumentet följas upp?
- Hur ska styrdokumentet implementeras?
- Behövs särskilda kommunikationsinsatser internt/externt?

## Definitioner

### Styrande och stödjande dokument

SOFIA STY är VGR:s dokumenthanteringssystem för **styrande dokument** som till exempel riktlinjer och rutiner.

Övriga dokument som är stödjande, rådgivande eller rekommenderande - till exempel lathundar eller blanketter - är inte styrande utan klassificeras som **stödjande dokument**.

Stödjande dokument upprättas inte i SOFIA STY utan på verksamhetens ordinarie samarbetsyta i SOFIA och omfattas därför inte av denna rutin.

## Giltighets- och tillgänglighetstid

Giltighetstid ("Giltig till"): datumet som dokumentet är giltigt till.

Tillgänglighetstid ("Tillgänglig till"): datumet som dokumentet är publicerat och tillgängligt via söktjänster till. En rutin avpubliceras automatiskt från webben när tillgänglighetstiden passerar.

## Lokala roller – vem gör vad?

<b>Roll</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Person</b>
<b>Dokumentadministratör</b>	Skapar och redigerar dokument i SOFIA.  Kan driva flödet med granskning och godkännande.	Rekommendation är att innehållsansvarig tar på sig denna roll.  Det kan också vara annan utsedd person (till exempel verksamhetens SOFIA admin).
<b>Innehållsansvarig (dokumentansvarig)</b>	Är ytterst ansvarig för innehållet i det styrande dokumentet samt för att dokumentet revideras.  Kan skapa/redigera dokument i SOFIA.	Ansvarig/sakkunnig vårdpersonal eller ansvarig läkare
<b>Innehållsgranskare</b>	Säkerställer att innehållet i dokumentet är korrekt.  Har dokumentet rätt mall, klarspråk, tydlig struktur och konsekvent namngivning?	Annan kollega, enhetschefer eller liknande, eller i vissa fall ansvarig läkare.  <b>Obs!</b> Innehållsansvarig och -granskare får inte vara samma person. (Exempelvis får VÖL granska medicinska rutiner där VÖL själv ej är innehållsansvarig.)

<b>Metadatagranskare</b>	Säkerställer att dokumentet har rätt metadata.	Innehållsansvarig eller verksamhetens SOFIA administratör
<b>Godkännare</b>	Godkänner och upprättar därmed styrande dokument till mellanarkivet.  Godkänner även avpublicering av styrande dokument.	Verksamhetschef

För mer information se rutin [Hantering av styrande dokument på Sahlgrenska Universitetssjukhuset](#).

## Åtkomst till rutiner

### i SOFIA STY

Verksamhet Handkirurgi har alla rutiner på samarbetsytan [STY Kirurgi och plastikkirurgi SU](#), inloggning via [SOFIA STY Portal](#).

Alla rutiner skapas och revideras på denna yta och får inte lämna ytan.

### Publicerade rutiner

Publicerade rutiner listas på intranätet på sidan [Styrdokument Handkirurgi](#). Medarbetare kan också söka fram rutiner via söktjänsten [Hitta styrande dokument](#).

Meddela verksamhetens SOFIA STY -administratör omgående om en rutin saknas i lista på Intranätet.

## Hantering av styrande dokument (rutiner)

### Dokumentmallar

Nya rutindokument ska upprättas i dokumentmall för medicinska eller administrativa styrdokument. Dokumentmallarna nås i SOFIA STY via knappen "Nytt från mall".

### Samredigering

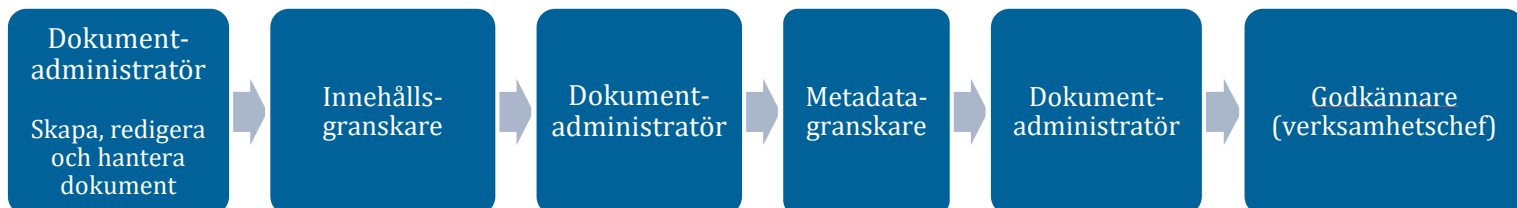
När en rutin ska skapas eller revideras kan flera personer arbeta i samma dokument samtidigt i Microsoft Office 365 **innan** processflöde har påbörjats.

Därefter skickar dokumentadministratören dokumentet till utsedda personer för granskning och endast en person åt gången kan redigera dokumentet.

### Steg för steg guider

Se [Utbildning SOFIA STY Sahlgrenska Universitetssjukhuset](#)

### Arbetsflöde (förenklad)



### Arbetsflöde: nya rutiner

1. Behov av ny rutin identifieras. Det kontrolleras att det inte redan finns ett motsvarande dokument som fyller behovet (se [Hantering av styrande dokument](#)).
2. **Enhetschef** kontaktas för godkännande och kontroll om rutinen ska vara verksamhetsövergripande.
3. **Innehållsansvarig** för rutinen utses, samt eventuell arbetsgrupp skapas för att ta fram innehåll.
4. **Dokumentadministratör** lägger upp rutinmall på STY-ytan och ger behörighet till **Innehållsansvarig** vid behov.
5. **Innehållsansvarig** skriver rutinen som hela tiden ligger kvar på ytan och meddelar **dokumentadministratör** när rutinen är färdig.
6. **Dokumentadministratör** skickar dokumentet för innehållsgranskning till utsedd person(er), en person i taget. **Innehållsgranskare** granskar/redigerar dokumentet och sedan slutför uppgiften (se [Lathund, Innehållsansvarig för rutindokument inom VO Handkirurgi](#) och [Lathund innehållsgranskare SOFIA STYR SU](#)).
7. **Dokumentadministratör** skickar dokumentet till utsedd person för granskning av metadata (se [Lathund metadata styrande dokument](#)) som sedan slutför uppgiften.
8. Efter dokumentet har innehålls- och metadatagranskats skickas rutinen av **dokumentadministratör** till **verksamhetschef** för slutgiltigt godkännande och publicering.

9. Efter rutinen är godkänt och upprättat finns dokumentet synligt på sidan [Styrdokument Handkirurgi](#).
10. Alla berörda personer och enheter informeras.

## Revidering

Alla rutiner ska revideras efter 2 år.

Påminnelse om revidering av rutiner går ut till innehållsansvariga 90 dagar före sista giltighetsdatum

Innehållsansvariga måste få tid avsatt för att göra revideringarna inom denna tidsperiod – de kan behöva få hjälp av enhetschef för att få tid avsatt.

Om rutinen innehåller relaterad information som exempelvis träningsprogram eller informationsbroschyrer ska dessa också gås igenom av innehållsansvarig, så dessa är uppdaterade med samma tidsintervall.

## Arbetsflöde: revidera rutiner

1. Påminnelse skickas via e-post till **innehållsansvarig** 90 dagar före sista giltighetsdatum.
2. **Innehållsansvarig** har/får behörighet till STY-ytan av **dokumentadministratör**.
3. **Innehållsansvarig** kontaktar **enhetschef** om möjlighet att få tid avsatt om det är många rutiner som ska revideras.
4. **Innehållsansvarig** meddelar **dokumentadministratör** när rutinen är färdigreviderad.
5. **Dokumentadministratör** skickar dokumentet för **innehållsgranskning** till utsedd person(er).
6. När **innehållsgranskning** är gjord, granskas även metadata.
7. Rutinen skickas för slutgiltigt godkännande och publicering till **verksamhetschef**.
8. Efter rutinen är godkänt och upprättat finns dokumentet synligt på sidan [Styrdokument Handkirurgi](#).
9. Kommunikation och informationsspridning till berörda personer och enheter.

## Kommunikation och informationsspridning

Vid publicering av nya rutiner och revideringar i befintliga rutiner är det viktigt att alla berörda personer informeras via e-post.

### **Verksamhet AnOpIVA Mölndal**

- Enhetschef Administrativ enhet (alternativ funktionsbrevlådan)
- Vårdenhetschefer för berörd operationsenhet(er)
- Verksamhetens SOFIA STY kontaktperson(er)

### **Verksamhet Arbetsterapi/Fysioterapi**

- Verksamhetens SOFIA STY kontaktperson(er)

### **Verksamhet Handkirurgi**

- Vårdenhetsöverläkare
- Samtliga enhetschefer

### **Verksamhet Ortopedi**

- Verksamhets- / verksamhetscheffsassistent (som i sin tur skickar den vidare i linjen till alla berörda)

### **Verksamhet Ögonsjukvård**

- Vårdenhetschef Avdelning 205
- Sektionschef Kirurgi
- Vårdenhetschef Operation 2

## Relaterade dokument

### **Rutiner**

[Användarstöd – systemstöd för styrande dokument i SOFIA](#)

[Hantering av styrande dokument - Förvaltning, framtagande och återsökning av styrande dokument på Sahlgrenska](#)

[Universitetssjukhuset](#)

### **Guider och lathundar**

[Lathund, Innehållsansvarig för rutindokument inom VO Handkirurgi](#)

Steg för steg guider (alla roller): [Utbildning SOFIA STY Sahlgrenska Universitetssjukhuset](#)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Handkirurgi

**Innehållsansvar:** Clancy Karlsson, (claka10), IT-samordnare

**Godkänd av:** Martin Byström, (marby1), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9785-1904528390-374

**Version:** 1.0

**Giltig från:** 2024-12-19

**Giltig till:** 2026-12-06